FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — THÈSE — N° 132

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 31 Janvier 1906, à 1 h.

PAR

Maurice SÉJOURNET

Lauréat de l'École de Médecine de Reims
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance Publique

De la Forme Syncopale de l'Avortement

ET DE

l'Accouchement prématuré

Président : M. PINARD, *professeur*

Juges { MM. LANDOUZY, *professeur*
LEPAGE, *agrégé*
LABBÉ (Marcel), *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, rue Racine, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY. DEBOVE LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TILLAUX. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL (chef
BROCA (André	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MES PROCHES

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR TERRIER

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOURAUD

Médecin honoraire de l'hôpital de la Charité

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur à l'hôpital de la Pitié

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Maison Baudelocque
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur.

De la Forme Syncopale de l'Avortement

AVANT-PROPOS

Nous devons nous acquitter, avant de commencer ce travail, d'une dette de reconnaissance envers ceux qui se sont consacrés à notre enseignement médical : nos maîtres vénérés dont nous emportons l'inaltérable souvenir et tâcherons de mettre à profit les conseils éclairés.

Qu'il nous soit permis de rendre tout d'abord hommage à notre bien-aimé père, le Dr Séjournet, de Revin, qui fut notre premier maître et chercha dès le début de nos études à nous inculquer, par la parole et surtout par l'exemple, le goût de la profession, le sens clinique qu'il possède à un si haut point et les vertus qui font aimer le médecin autant de ses confrères que de ses malades. Puissions-nous toujours marcher sur ses traces et lui

donner ainsi la plus belle marque de reconnaissance.

Nous avons rencontré dès nos premières années d'études, à l'Ecole de médecine et à l'Hôtel-Dieu de Reims, des professeurs dévoués qui ont, eux aussi, guidé nos premiers pas dans la carrière médicale. Que les Drs Henrot, Colleville et Harman soient assurés de notre profonde gratitude.

A Paris, nous avons eu le grand honneur d'être pendant deux ans l'externe de M. le professeur Terrier qui fut aussi, à vingt-cinq ans de distance, le maître de notre père et nous considéra beaucoup plus comme un ami que comme un élève. C'est dans son service de la Pitié que nous avons appris les principes de la chirurgie, en particulier l'asepsie. Nous le prions de vouloir bien agréer nos vifs remerciements pour l'accueil affectueux qu'il nous a toujours réservé. Nous devons aussi un hommage particulier à M. le Dr Gouraud qui fut notre maître à la Charité où il nous enseignait la thérapeutique clinique, en particulier celle des affections du cœur. Il nous reçut souvent aussi en dehors de l'hôpital avec une grande bonté. Nous lui adressons ici nos plus sincères remerciements.

M. le Dr Lepage qui nous a initié à la pratique des accouchements et a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse, nous a donné des conseils pour la rédaction de ce travail. Il nous a toujours reçu avec une extrême bienveillance et nous le prions de croire à notre profonde reconnaissance. Nous avons fait encore une année d'externat avec

M. le Dr Babinski dont la méthode d'observation si précise et si sûre nous aide à débrouiller le chaos des affections nerveuses. Qu'il veuille bien recevoir ici l'assurance de notre gratitude pour la sympathie qu'il nous a toujours témoignée. Le Dr Labadie-Lagrave, chez qui nous avons appris la gynécologie médicale, nous a prodigué également ses conseils et nous l'en remercions bien vivement. Nous n'oublierons pas non plus les enseignements de M. le Dr Gosset, chirurgien des hôpitaux, et nous lui adressons nos remerciements pour l'aimable accueil que nous avons toujours reçu de lui.

M. le professeur Pinard a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de recevoir l'expression de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait.

INTRODUCTION

Nous lisons dans le *Précis d'obstétrique* de MM. Ribemont-Dessaignes et Lepage (1), au chapitre des complications de l'avortement : «... ces hémorragies donnent lieu à des signes généraux plus ou moins marqués (pouls petit, décoloration des téguments, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue, etc.) ; les syncopes et les tendances syncopales sont fréquentes. Il ne faut pas s'effrayer outre mesure de ces hémorragies qui, surtout au moment où le placenta est en train de se décoller, s'accompagnent souvent de symptômes généraux plus effrayants en apparence que réellement inquiétants. C'est ce que Pinard appelle la *forme syncopale de l'avortement.* Ces hémorragies sont beaucoup moins graves que celles qui surviennent au cours de la délivrance chez une femme à terme ou près du terme. » Ces quelques lignes donnent une idée suffisante de ce qu'il faut entendre par « forme syncopale de l'avortement ». Comme dans tout avortement il y a ici hémorragie, mais il y a aussi syncope et le fait parti-

1. Ribemont-Dessaignes et Lepage. *Précis d'obstétrique*, 6e édit., p. 782.

culier est que la syncope ne paraît pas dépendre de l'hémorragie, même quand celle-ci, par son abondance, peut être rangée parmi les complications. Ce qui légitime l'expression de forme syncopale créée par le professeur Pinard, c'est que la syncope ou les phénomènes lipothymiques n'étant pas étroitement liés à une abondante perte de sang et ne présentant pas par eux-mêmes, comme nous le verrons dans la suite, un pronostic sérieux, ne commandent pas une intervention qui serait peut-être hâtive. En présence de ces symptômes, il ne faut pas s'effrayer et il faut savoir attendre.

M. le professeur Pinard est le premier qui ait mis en relief ces particularités de l'avortement. M. le Dr Lepage nous a dit que dès l'année 1886, pendant son internat chez M. Pinard à l'hôpital Lariboisière, celui-ci attirait déjà bien souvent l'attention des élèves sur les avortements à syncopes et sur la nécessité de connaître cette variété au point de vue clinique. Depuis il en a fréquemment parlé soit au lit de la femme, soit incidemment, dans plusieurs revues. M. le Dr Lepage, lui-même, dans son service de l'hôpital de la Pitié, ne manque jamais l'occasion de faire remarquer à ses élèves les particularités de la forme syncopale quand elle se présente.

M. le Dr Delestre, élève de M. le Pr Pinard, dans son livre sur l'avortement (1), consacre à la forme syncopale le passage suivant que nous citerons

1. Delestre. *L'avortement* (collection Hutinel. *Médecine pratique*), p. 57.

en entier : « Chez certaines femmes ayant perdu du sang dans les jours précédant l'avortement, quelquefois même sans cette circonstance, on peut voir pendant le travail et avec une perte de sang minime, se produire un état général grave, malaises, vertiges, refroidissement des extrémités, pâleur de la face, petitesse du pouls, tendance à la syncope. Cet état peut persister jusqu'à l'expulsion du produit de conception : on voit alors tous les symptômes inquiétants disparaître et l'état de la malade se relever rapidement. Il s'agit le plus souvent de femmes nerveuses, impressionnables, parfois anémiées par des hémorragies antérieures. » M. le Dr Delestre, dans le cours de son ouvrage, fait encore de fréquentes allusions à cet état particulier de certaines femmes qui avortent.

C'est bien autre chose que l'on observe dans le cas d'hémorragies profuses comme celles qui accompagnent parfois les délivrances chez les femmes à terme. Ici les phénomènes constatés apparaissent nettement comme étant fonction d'une anémie aiguë : ils constituent un danger imminent et appellent impérieusement une intervention immédiate. Pour mieux fixer l'esprit dès cette introduction, en vue de l'étude ultérieure, nous allons rappeler brièvement ce tableau si dramatique : « La malade est pâle, exsangue, dit Keim (1) ; les tissus sont décolorés ; la voix est éteinte ; l'haleine et les extrémités sont froides...

---

1. Keim. *Presse médicale*, 1902, t. I, p. 330.

La température est abaissée, l'hypothermie est quelquefois très marquée et le thermomètre peut arriver à 35 degrés et même à 34 degrés. Par suite des troubles circulatoires, la malade est oppressée, elle a besoin d'air, car l'hématose bulbaire est insuffisante. Le pouls a des caractères particuliers, intéressants pour le diagnostic de l'abondance de l'hémorragie et son pronostic. Il est rapide : de 80 pulsations à la minute (pouls normal), il passe à 100, 120 et même 130 et 140 ; c'est un véritable pouls fœtal. De plus il est petit, filiforme, même imperceptible dans les cas graves. Le pouls radial peut disparaître; le pouls fémoral et le pouls carotidien sont à peine perçus... L'anémie bulbaire et cérébrale est encore cause de délire et de véritables hallucinations ; la femme se sent mourir et a peur de mourir. » Souvent la peau se recouvre d'une sueur froide, visqueuse. La malade a des éblouissements, des bourdonnements d'oreilles, des tendances syncopales qui vont en s'accentuant même dans le décubitus dorsal. « Il semble, dit Delestre, que l'on voit la vie de la malade s'en aller avec son sang. » Enfin elle peut être enlevée rapidement dans une syncope terminale.

Nous verrons, en analysant les symptômes de la forme syncopale, qu'ils sont loin de présenter une telle gravité et, n'étant pas sous la dépendance de l'anémie post-hémorragique, permettent l'expectative et ne doivent pas causer d'alarmes. Nous les étudierons dans notre premier chapitre que nous ferons

suivre des observations ; nous consacrerons un second chapitre à l'étude de la pathogénie et nous parlerons, dans un troisième et dernier, du pronostic et des indications thérapeutiques.

Avant d'entrer dans le plein de notre sujet, il nous paraît intéressant de dire quelques mots de faits analogues qui ont été observés antérieurement, mais chez des femmes au terme de leur grossesse, au moment de l'accouchement. « Il est, dit Velpeau (1), des femmes tellement irritables et nerveuses qu'elles tombent en syncope aux moindres douleurs. D'autres fois les syncopes et les défaillances sont dues à la distension exagérée de l'utérus, à la force des contractions, etc. Chez une dame enceinte de deux enfants, Désormaux les a vues durer pendant tout l'intervalle des contractions, et la femme ne sortir d'un pareil état qu'au moment où la matrice réagissait avec violence sur son contenu ». Le Dr Ch. Liégeois (2), dans un article du *Concours médical* de 1882, dont nous avons extrait les citations précédentes, dit lui-même : « On a également signalé la syncope lors de la rétention du placenta ou de caillots dans la cavité utérine, indépendamment de toute hémorragie. »

Déjà, pendant sa grossesse, avant tout début de travail, la femme enceinte est sujette à de semblables accidents : « Peu fréquentes sont les syncopes

1. Velpeau. *Traité complet de l'art des accouchements*. Paris, 1835.

2. Ch. Liégeois. « Notes sur la syncope ». *In Concours médical*, 1882.

pendant la grossesse, dit Churchill (1), excepté peut-être à l'époque où la femme sent remuer. Cette disposition peut aussi exister soit accidentellement, soit périodiquement, surtout chez les femmes qui n'ont pas de nausées, ni de vomissements. » Et plus loin : « Les mouvements de l'enfant, bien que très faibles sont souvent la première cause ; ils le deviennent encore bien plus quand ils sont plus marqués.

Pour Burns (2) « la syncope se montre chez des femmes qui sont, du reste, en bonne santé ; mais elle peut aussi survenir tous les jours pendant quelque temps chez celles qui sont affaiblies par une diarrhée alternant avec la constipation, ou par le manque de sommeil occasionné par des maux de dents, etc. Elle peut succéder à un exercice un peu violent ou à des mouvements rapides, ou à l'exposition au froid ; mais elle peut aussi survenir lorsque la personne est dans un repos parfait ; le paroxysme est quelquefois complet et de longue durée ; d'autres fois la malade ne perd pas la connaissance de ce qui se passe et revient bientôt ».

A la quatrième session de la Société obstétricale de France tenue à Paris en avril 1876 (3), MM. Stapfer (de Paris) et Keiffer (de Bruxelles) discutent sur

---

1. Churchill. *Traité pratique des maladies des femmes*, 1874.
2. Burns. *The Principles Of Midwifery*.
3. Société obstétricale de France, 4e session, Paris, 1876.

les syncopes des femmes enceintes et accouchées et cherchent une explication à ces phénomènes.

Il est des fait connexes, beaucoup plus classiques et qui doivent, à notre avis, tenir une place dans cet exposé. Nous voulons parler des symptômes observés assez souvent dans certaines affections de l'utérus en dehors de la grossesse, et de ceux, bien connus des médecins légistes, consécutifs à certaines manœuvres criminelles d'avortement. Les travaux sont nombreux en effet sur les phénomènes d'inhibition ayant pour point de départ l'utérus : syncopes ou même mort subite à la suite d'une injection intra-utérine, d'une simple injection vaginale, d'un toucher ; mort subite dans les fibromes utérins (1). Beaucoup plus intéressantes pour nous sont encore les observations de semblables accidents au cours d'avortements criminels; telles les observations rapportées par le Dr Vibert (2) en 1873 et qu'il résume ainsi : « Il peut arriver, dans des circonstances d'ailleurs assez rares, que les manœuvres abortives, même lorsqu'elles ne sont pas douloureuses, provoquent un malaise général consistant en défaillances, lipothymies, étourdissements, vomissements. Cet état persiste en général plusieurs heures, puis se dissipe sans laisser de traces. Mais dans quelques cas il peut occasionner la mort subite. » (3).

---

1. Bazar. Thèse de Paris, 1894-1895.

2. Vibert. « Relation médico-légale de l'affaire Thomas », *in Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1873.

3. Vibert. *Médecine légale*, 1903, page 452.

Nous ne croyons pas être sorti de notre sujet en rappelant qu'il existe des syncopes pendant la grossesse et l'accouchement à terme, et dans d'autres circonstances, en particulier au cours des manœuvres abortives, attendu que ces notions nous serviront au chapitre de la pathogénie. Nous n'avons d'ailleurs trouvé dans nos recherches que des renseignements théoriques et nous avons voulu indiquer dès cet exposé avec quel esprit pratique il faut comprendre la forme syncopale de l'avortement.

Nous avons rencontré aussi des observations d'accouchement *prématuré* à forme syncopale ; elles sont superposables à celles de l'avortement. La pathogénie seule en est peut-être légèrement différente.

CHAPITRE I

Symptômes et Diagnostic.

Nous ne nous attarderons pas à décrire les symptômes de l'avortement en général : ils sont classiques et en les rappelant nous ne ferions qu'augmenter la longueur de ce travail sans y ajouter le moindre intérêt. Nous nous occuperons seulement de la « forme syncopale ». Nous légitimerons de suite cette expression en déclarant, comme nous l'avons déjà fait pressentir et comme nous le montrerons dans la suite, que les symptômes de la forme syncopale n'ont en eux-mêmes aucun caractère de gravité ; ils n'appellent pas une intervention urgente ; ils donnent seulement une physionomie particulière à l'avortement. Mais ils peuvent tromper le praticien qui les ignore, sur le véritable état de la parturiente et il faut les bien connaître.

Nous allons essayer de décrire ces symptômes, après quoi nous indiquerons les causes d'erreur qui s'y rattachent.

C'est le plus souvent entre l'expulsion du fœtus et celle du placenta, quand l'avortement se fait en deux temps, que se produisent les phénomènes qui nous occupent. Pour être plus précis nous dirons, comme M. le Dr Lepage nous l'a fait remarquer, l'ayant maintes fois observé et entendu dire par le professeur Pinard, qu'ils semblent apparaître au moment où le placenta commence à s'engager dans l'orifice interne du col; et souvent ils se répètent tout le temps que dure le passage du délivre à travers le canal cervical (obs. I *bis*) pour cesser immédiatement après son expulsion quand l'œuf est expulsé en bloc; ils se montrent également pendant la période de forcement du col (obs. VII). Nos sept premières observations sont explicites à cet égard. Quelquefois c'est au moment de l'expulsion d'un ou de plusieurs caillots que la femme se trouve mal, comme dans les observations VIII et X ; pourtant la femme n'est pas anémiée. Dans l'observation X, la femme a encore des tendances syncopales après la délivrance, bien qu'elle ne perde plus de sang.

Nous avons ajouté à nos observations un fait d'avortement de trois mois, effectué en deux temps (obs. XV) et dans lequel le placenta, resté très adhérent au fond de l'utérus, n'a pu être détaché que manuellement, après des essais infructueux de curettage. Dans cette observation, il n'y a pas de syncope et si nous l'avons relatée en entier, c'est pour montrer précisément que, la période pendant laquelle le placenta tente de forcer le col, ayant fait défaut,

aucun phénomène lipothymique ne s'est produit, bien que la femme ait eu d'abondantes hémorragies e un pouls à 140. Toutefois en citant ce cas, nous ne préjugeons pas de la cause de la syncope que nous étudierons au chapitre de la pathogénie : nous voulons seulement donner plus de poids à nos observations caractéristiques et même marquer la place qu'occupent la plupart du temps les phénomènes lipothymiques dans l'évolution de l'avortement.

Dans l'accouchement prématuré syncopal qui est le plus souvent dû à un placenta prævia (obs. XIII et XIV), les mêmes symptômes peuvent se montrer tout le temps du travail, comme dans notre observation XIII, ou n'apparaître qu'à un certain moment, variable.

Nous allons essayer maintenant de donner une idée de ces phénomènes. Il s'agit souvent d'une syncope complète, unique ou répétée, nous la rencontrerons dans la plupart de nos observations. Mais toutes les femmes ne perdent pas totalement connaissance et cela n'est pas nécessaire pour créer une forme syncopale de l'avortement. Parfois on constate certaines perturbations, en particulier de l'appareil circulatoire, telles que de simples modifications du pouls ; comme dans notre observation IX où l'on note un abaissement brusque du nombre des pulsations au moment où le placenta est engagé dans le col : elles tombent alors subitement de 128 à 54, pour se relever ensuite à 92, puis à 112, pendant l'extraction digitale du délivre.

Certaines femmes accusent un état tout particulier : état de vie ralentie, si l'on peut dire ; elles paraissent très fatiguées, comme anéanties, n'ayant plus la force de faire un mouvement, craignant à tout instant de s'évanouir ; elles ont le facies pâle, les traits las : on dirait en un mot que la vie va les abandonner et qu'elles n'ont plus qu'un souffle.

Beaucoup de femmes n'ont que des lipothymies, des défaillances ; elles se plaignent de vertiges, de bourdonnements d'oreilles ; elles disent ne plus voir, ne plus entendre et que tout tourne autour d'elles (obs. XIII). Chez quelques-unes il n'existe qu'une grande pâleur du visage, bien qu'elle n'aient pas perdu beaucoup de sang : il suffit d'ailleurs de les mettre à plat pour voir leur figure, leurs lèvres se recolorer. D'autres ont des étouffements ou enfin un simple malaise général. Dans notre observation X, la femme éprouve des tiraillements à l'estomac ; elle a la sensation de faim et réclame des aliments.

On peut ainsi trouver tous les intermédiaires depuis la perte absolue de connaissance jusqu'au simple malaise, et les troubles les plus variés.

Ce qu'il est intéressant surtout de constater au milieu de tous ces symptômes, c'est l'état du pouls. Il dépasse rarement 100 pulsations. Dans notre observation XIV, alors que l'hémorragie est complètement arrêtée, au moment où la femme pâlit et est dans un état syncopal, le pouls monte à 120 ; mais il redescend vite à 96 pulsations après l'administration de boissons alcoolisées. Dans l'observation IV, au

moment de la syncope, le pouls est à 114, mais « assez fort ». Dans l'observation X, lorsque la femme venant d'expulser des caillots a des nausées, des étouffements, un simple malaise général, on note 96 pulsations ; aussitôt la délivrance, alors qu'elle ne perd plus, elle a des tendances syncopales et son pouls remonte à 104 pulsations. Dans l'observation XI (avortement de cinq mois et demi, insertion basse du placenta, des membranes viennent d'être rompues largement et l'hémorragie s'est arrêtée, « à ce moment le facies de la femme est pâle, mais le pouls est bien frappé et ne dépasse pas 100 pulsations ».

Le plus souvent le pouls reste normal quant au nombre des pulsations ou même il est ralenti ; il marque 85, puis 60 au moment des menaces de syncope (obs. I *bis*) ; 75 (obs. VIII) ; 68 (obs. V) ; il est « lent, hésitant, à 60 » (obs. XIII) ; il est « lent » (obs. VII). Ces caractères du pouls se trouvent dans les observations les plus caractéristiques, et le pouls ralenti coïncide plus particulièrement avec cet état tout spécial des femmes, état de prostration, d'anéantissement dans lequel il semble qu'elles aient le minimum de vie, ce qui n'est d'ailleurs qu'une impression.

Nous avons vu que les modifications du pouls pouvaient exister seules, se caractérisant par des changements brusques dans le nombre de pulsations (obs. IX).

Il nous faut faire remarquer maintenant que ces divers symptômes coïncident le plus souvent avec

une perte de sang peu abondante, celle qui accompagne d'ordinaire un avortement. Il ne faut donc pas s'étonner de les rencontrer chez des femmes qui n'ont qu'une hémorragie légère et surtout ne pas s'alarmer. Il arrive qu'ils se produisent chez des parturientes qui ont perdu une assez grande quantité de sang et qui sont déjà anémiées ; même dans ce cas ils ne sont pas un indice de danger, n'étant pas liés étroitement à l'hémorragie.

Dans nos observations X, XI et XIV, la femme ne saigne plus au moment où elle perd connaissance ; dans les autres, l'hémorragie a été minime et dans notre observation I, nous lisons : « L'hémorragie a été trop légère pour qu'on puisse lui attribuer la cause de ces malaises qui prirent fin aussitôt la délivrance effectuée et sans qu'il ait été utile d'instituer une médication spéciale pour les combattre » ; dans l'observation XIII « je voulus faire asseoir la femme, mais elle manqua de faillir, dit qu'elle n'y voyait plus et que tout tournait autour d'elle... cependant elle avait relativement peu perdu de sang ».

Cet état des femmes dans l'avortement syncopal n'est pas comparable à celui qui accompagne les grandes hémorragies mettant rapidement les jours de la femme en danger. Nous avons retracé dès le début de cette étude le tableau si effrayant de ces hémorragies, pour qu'il domine dans la suite et fasse mieux apparaître la bénignité des symptômes de la forme syncopale ; nous n'y reviendrons pas. Nous avons vu de plus suffisamment que l'état du pouls

est le meilleur guide pour discerner un danger apparent d'une réelle gravité.

Pour finir ce chapitre, nous dirons encore qu'il est des cas obstétricaux où une hémorragie interne abondante s'accompagnant du cortège symptomatique grave, en même temps qu'un peu de sang s'écoule par la vulve, pourrait faire penser à un avortement à forme syncopale, précisément à cause du peu d'abondance de l'hémorragie extérieure. Nous voulons parler du décollement prématuré du placenta inséré normalement et de certains faits de grossesse extra-utérine avec rupture. Dans le premier cas, en effet, « ce qui est surtout remarquable, disent Ribemont-Dessaigne et Lepage (1), c'est l'état général de la femme qui présente tous les phénomènes accompagnant habituellement les hémorragies graves, alors que la quantité de sang perdu extérieurement est peu abondante et même nulle ». Nous renvoyons pour le diagnostic de cet accident au livre de ces auteurs. Disons toutefois que la forme syncopale elle-même peut se retrouver dans le cas d'hémorragie rétro-placentaire décollant l'œuf (chez les albuminuriques, les plus sujettes au décollement prématuré), « et cela, dit Delestre, sans qu'il y ait le plus souvent rapport entre l'intensité des phénomènes observés et l'abondance de l'hémorragie, qu'elle soit interne, externe ou mixte ».

Dans le cas de grossesse tubaire rompue, il peut

---

1. Ribemont-Dessaigne et Lepage. *Précis d'obstétrique*.

se faire que du sang se fasse jour en dehors des parties génitales au moment où la trompe saigne à flots dans le péritoine, déterminant les symptômes généraux des hémorragies profuses. Mais devant la gravité réelle de ces symptômes, le diagnostic ne sera pas hésitant et l'on saura vite que l'on n'a pas affaire à un avortement, encore moins à une forme syncopale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Rédigée par M. Lepage, interne de M. le Dr Pinard, à Lariboisière, 1886).

Avortement de 4 mois. — Expulsion d'un fœtus mort et macéré. — Rétention placentaire.

O..., 29 ans, blanchisseuse.

Réglée à 18 ans ; menstruation régulière ; règles assez abondantes ; douloureuses avant, puis pendant un jour.

IV-pare. Pas d'enfants vivants.

Dernières règles le 26 juillet 1886.

Entrée à la salle de travail le 20 décembre 1886.

Cette femme a perdu du sang du 6 au 10 décembre en assez grande quantité ; elle a été obligée de garder le lit pendant ces quatre jours. N'a jamais senti remuer.

Cette femme, en entrant à l'hôpital, accuse des douleurs depuis quarante-huit heures. A son arrivée, on ne constate pas de contraction utérine douloureuse. Le col ramolli a toute sa longueur. Le fond de l'utérus remonte jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On ne sent pas nettement de parties fœtales. On n'entend pas les bruits du cœur.

La femme raconte qu'après son hémorragie, son ventre a diminué de volume tellement qu'elle se demandait si elle était enceinte. En même temps ses seins ont augmenté de volume et ont laissé sourdre du colostrum.

A partir de son entrée à l'hôpital, la femme n'a plus de douleurs.

Elle ne souffre pas pendant les journées des 27, 28, 29. Elle ne perd pas de sang. Les douleurs apparaissent réellement le 29 décembre à 8 heures du soir. Les contractions utérines reviennent toutes les dix minutes ; les douleurs persistent plus prolongées et plus rapprochées pendant toute la nuit.

A 3 heures du matin, le 30 décembre, la femme expulse un fœtus mort et macéré du sexe masculin, pesant 250 grammes.

La rupture des membranes n'a eu lieu qu'au moment de l'expulsion du fœtus. Quant à la dilatation, elle n'a guère existé, puisque immédiatement après l'expulsion du fœtus le col était en partie refermé et permettait seulement l'introduction de l'index. La femme n'a pas perdu de sang à ce moment.

M. Pinard la voit à 10 heures du matin et conseille l'expectation. Il fait faire toutes les deux heures des irrigations intra-utérines d'une demi-heure avec la solution phéniquée à 1/100. Vers 10 heures 1/2 la femme commence à perdre du sang en assez grande quantité. A 4 heures, on lui refait une irrigation d'une demi-heure ; l'hémorragie s'arrête pendant l'irrigation, mais reprend aussitôt ; le vagin se remplit rapidement de caillots ; il se fait un écoulement sanguin léger par la vulve. La femme présente à ce moment un état général assez inquiétant ; pâleur de la face, bourdonnements d'oreille ; tendances très prononcées au sommeil ; léger degré de subdelirium ; elle a des tendances syncopales, bien qu'elle ait la tête

placée très bas. Toutefois le pouls est bien frappé ; les muqueuses labiales et oculaires ne sont pas trop fortement décolorées.

Injection d'éther, grogs, glace à l'intérieur.

A minuit, la femme étant toujours dans un état quelque peu inquiétant, l'interne de service, M. Lepage, est appelé. Après avoir constaté que le vagin est rempli de caillots, il fait faire une irrigation intra-utérine à 50 degrés. Au bout de deux ou trois minutes, l'écoulement en retour du liquide s'arrête ; la femme accuse une douleur vive dans le bas-ventre ; elle a une contraction utérine, puis d'autres de cinq en cinq minutes ; enfin elles se rapprochent de plus en plus et à 1 heure du matin on voit apparaître à la partie supérieure de la vulve, au-dessus de la canule à injection, un cotylédon placentaire. On retire la canule et on trouve dans le vagin le placenta qui présente la largeur de la paume de la main et qui paraît entier.

A partir de ce moment la femme ne perd plus une goutte de sang.

Elle sort bien portante le 6 janvier.

OBSERVATION I *bis*

(Service de M. le Dr Lepage. Maternité de la Pitié).

Avortement de 3 mois 1/2 fait en deux temps. — Curage digital

X..., 25 ans, cuisinière.

Antécédents personnels. — Néant.

Réglée à 16 ans ; menstrues régulières ; durée : deux jours.

II-pare : un garçon en mars 1905, élevé au biberon par une nourrice à la campagne ; bien portant.

Dernières règles du 21 au 23 août 1905.

Entrée à la salle de travail le 22 décembre 1905 à 6 heures du soir.

Cette femme apporte un fœtus du sexe masculin du poids de 100 grammes et d'une longueur de 17 centimètres, qu'elle dit avoir expulsé le matin à 3 heures. Elle prétend n'avoir éprouvé aucun symptôme lui faisant craindre un avortement : elle aurait le matin même fait un effort assez violent pour poser à terre une lessiveuse pleine de linge. Immédiatement après, l'expulsion du fœtus se serait produite. Jusqu'à midi l'hémorragie a été insignifiante ; à partir de ce moment, elle a augmenté sans toutefois être inquiétante.

A 6 heures, à l'arrivée de la femme Mme Chineau, sage-femme en chef, constate que l'utérus est encore gros et contient le placenta non expulsé. Pouls à 85. Elle fait administrer à la femme 0 gr. 50 de sulfate de quinine.

A 9 heures du soir, la femme n'ayant pas expulsé son placenta, l'hémorragie, légère il est vrai, continuant et la femme étant à chaque instant sur le point de s'évanouir, Mme Chineau aidée de M. Levasseur, externe de garde, fait le curage digital ; en deux fois elle ramène la totalité du placenta, lequel pèse 90 grammes.

Injection intra-utérine de 2 litres.

Le placenta était engagé dans l'orifice interne du col mais adhérait encore en partie au fond et à la paroi droite de l'utérus.

A partir du moment où le placenta fut extrait, les malaises que ressentait la femme avant la délivrance disparurent peu à peu et la nuit fut bonne.

Ces malaises rappelaient ceux qui précèdent la syncope ; la

femme semblait très fatiguée, incapable de faire un mouvement, craignant de s'évanouir. Le facies était très pâle, les narines dilatées ; le pouls petit et lent donnait 60 pulsations. L'hémorragie a été trop légère pour qu'on puisse lui attribuer la cause de ces malaises qui prirent fin aussitôt la délivrance effectuée et sans qu'il ait été utile d'instituer une médication spéciale pour les combattre.

OBSERVATION II (Résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lepage).

En mars 1888, le Dr Lepage est appelé un vendredi soir, à 8 heures, auprès de la femme d'un de ses amis, ancien interne des hôpitaux qui lui écrit : « Aie la bonté de venir immédiatement auprès de X... (sa femme) qui se meurt d'hémorragie ; elle sera peut-être morte quand tu arriveras. » Le Dr Lepage se rendit sur-le-champ à cet appel si angoissant. Il se trouva en présence d'une femme, primipare de 23 ans, enceinte de trois mois et demi et qui le matin avait expulsé un embryon. Dans l'après-midi les contractions utérines étaient survenues, en même temps que se produisait un écoulement sanguin de quantité modérée. Le pouls était à 80 ; la femme un peu pâle se plaignait de sensations de défaillance et avait à deux ou trois reprises perdu connaissance.

Au toucher, on constatait du tissu placentaire en voie d'engagement dans le col. Connaissant dès cette époque, pour les avoir appris du professeur Pinard, les signes qui accompagnent assez souvent ce décollement du placenta post-abortum,

M. Lepage rassura son ami et lui conseilla l'expectation en usant des injections vaginales chaudes répétées.

La nuit se passa sans incident ; les contractions utérines furent moins fréquentes. Dans la journée du samedi, le Dr X... fit appeler auprès de sa femme le Dr Doléris qui fut d'avis de pratiquer le curettage utérin pour extraire le placenta. Rendez-vous fut pris pour le dimanche à 8 heures du matin pour cette opération à laquelle le Dr Lepage devait assister comme aide.

Dans la nuit du samedi au dimanche, le Dr X... se ravisa et, craignant de laisser pratiquer une opération à sa femme, pria le Dr Doléris d'y surseoir. Dans la journée du dimanche, l'écoulement sanguin fut peu abondant ; il n'y eut pas d'hémorragie.

Le professeur Pinard vit cette dame en consultation le lundi et conseilla l'expectation, se basant sur l'état général satisfaisant, l'absence de température et de nouvelle hémorragie.

Le mardi soir, la femme expulsa son placenta après avoir souffert pendant deux heures et avoir présenté quelques tendances syncopales qui ne pouvaient s'expliquer par un écoulement sanguin alors modéré.

Cette dame se rétablit sans incidents et est accouchée deux fois depuis dans des conditions normales.

Réflexions. — Cette observation présente un réel intérêt au point de vue pratique ; on y voit l'affolement que peuvent produire ces accidents dus à l'avortement à forme syncopale non seulement dans une famille, mais chez un médecin des plus distingués et des plus instruits comme l'est le mari de cette dame.

OBSERVATION III (Résumée).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lepage).

X..., 29 ans, IV-pare.

Réglée à 13 ans, toujours régulièrement.

Antécédents pathologiques. — Nuls ; cependant grande nervosité.

Un an après la deuxième grossesse, la malade eut une salpingite gauche, traitée par le repos trois mois (1896). Santé excellente depuis.

Dernières règles le 7 février 1902.

A partir de ce moment la malade a des troubles gastriques, douleurs, nausées. L'état nerveux est assez accentué. Pertes de sang irrégulières à partir de cette époque.

Le 16 avril, hémorragie légère. Jusqu'au 9 mai, la malade perd un jour sur quatre ou cinq jours ; elle ne perd plus dès qu'elle se repose.

Le soir du 8 mai, forte hémorragie qui oblige la malade à s'aliter ; elle ne s'est pas relevée depuis. Traitée au début pour une métrite, elle fut mise aux bains chauds prolongés. En sortant du deuxième bain, grosse hémorragie ; depuis lors hémorragies successives dont deux particulièrement abondantes.

La malade est pâle et très faible. M. Lepage la voit dans cet état le 25 mai. On a fait le diagnostic de fausse-couche de trois mois ; M. Lepage reconnaît qu'une grossesse est possible, mais que la fausse couche n'étant pas faite et la grossesse pouvant continuer, la malade doit garder le repos complet. au lit. Injections vaginales chaudes.

Dans la nuit du 26 au 27 mai, expulsion d'un fœtus mort et macéré de trois mois environ, de sexe masculin. Pas d'hémorragie ; la délivrance n'est pas faite. Injections vaginales chaudes au sublimé.

30 mai. — Expulsion de quelques débris placentaires constatés par M. le Dr Lepage.

5 juin. — Nouvelle hémorragie, puis tout rentre dans l'ordre ; mais toujours léger suintement. Jamais la malade n'a eu de température : celle-ci a oscillé entre 36°5 et 37 degrés.

Etant réellement mieux, la malade se lève sur une chaise longue le 18. Dans la nuit, hémorragie abondante, M. Lepage qui voit la malade le lendemain décide de faire un curettage si l'hémorragie se reproduit ou s'il se manifeste des signes d'infection.

Le 20 juin, dans la soirée, à 5 heures, hémorragie très abondante : sang et caillots volumineux, de 8 à 10 heures, deux syncopes complètes et état lipothymique qui dure jusqu'au lendemain. On avait commencé à administrer de l'ergotine ; la potion est remplacée par de l'hydrastis et du viburnum. Ether dans de l'eau sucrée.

Samedi matin 21 : température 37 degrés ; le soir à 4 heures, 37°7 ; à 7 heures, 37°2 ; pouls à 120, faible. Le curettage est décidé pour le lendemain 22 juin. Rien dans la nuit de samedi à dimanche ; la malade est calme et repose.

Le matin du 22 juin, qnelques minutes avant l'arrivée de M. Lepage, la malade expulse une masse placentaire fétide qui semble complète.

M. Lepage fait alors une simple injection intra-utérine ; la malade n'a pas de température (37°) ; pouls rapide toujours à 110 à la minute.

Au cours de l'injection, on remarque que la malade a un col utérin très hypertrophié.

Le soir, température 37°1. Nuit très calme. Léger suintement sanguin.

Le 23 juin, température, le matin, 36°6; pouls à 92 ; rien d'anormal ; la malade ne souffre pas et peut prendre un peu de nourriture.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Lepage).

Le dimanche matin 12 janvier 1904, dans la nuit, le Dr Lepage est envoyé par le Pr Pinard auprès d'une dame étrangère venue à Paris pour soigner son estomac, et atteinte à ce moment d'une hémorragie.

Les dernières règles ont eu lieu en septembre. M. Pinard qui a vu la malade a reconnu une grossesse, mais a émis des doutes sur la vitalité de l'œuf. Lorsque M. le Dr Lepage arrive auprès d'elle, il trouve une femme en travers du lit, jambes et cuisses pliées, tête basse, ayant une vessie de glace directement sur le ventre, gardant d'après l'ordre du médecin traitant une immobilité absolue par crainte de syncope mortelle. La malade est sur un lit traversé par le sang, a eu des injections chaudes, deux piqûres d'ergotine et un sac de glace sur le ventre. Elle a des tendances syncopales qui effraient le médecin et l'entourage de la malade. Le pouls est à 66.

M. Lepage fait lever la malade et la fait asseoir dans un fauteuil pendant qu'on enlève le matelas et qu'on refait un lit propre.

Ensuite la malade est examinée : l'utérus est un peu gros et remonte au-dessus de la symphyse ; col entr'ouvert dans lequel est sentie une masse dure. Il y a un suintement sanguin et des nausées.

A force d'interrogations et après avoir demandé à voir les linges tachés de sang, M. Lepage finit par constater qu'un embryon a été expulsé ; quant au placenta, il est impossible de savoir s'il est rendu.

La femme, ne perdant plus (son pouls n'ayant jamais dépassé 70), est laissée en repos sans même qu'on lui fasse d'injections chaudes.

Quatre jours après, la femme continuant à perdre du sang et ayant une température qui s'élève à 38 degrés, M. Lepage, ayant senti une masse résistante qui s'engage dans le col, fait, sans anesthésie, le curage digital et extrait une masse de tissu placentaire.

Les jours suivants, l'écoulement sanguin est insignifiant ; la température revient à la normale et la femme se lève le 3 février sans autre incident.

OBSERVATION V

(Service de M. le Dr Lepage. — Maternité de la Pitié).

Avortement de deux mois, rétroversion utérine.

X..., 39 ans, ouvrière.

Antécédents personnels. — Variole. Cicatrices d'abcès froids au cou et à la face.

Réglée à 12 ans 1/2, régulièrement, pendant huit jours.

VII-pare : six accouchements normaux ; le dernier enfant est mort de gastro-entérite.

Dernières règles du 16 au 24 septembre 1898.

Pendant la grossesse, cette femme a eu des vomissements ; pas d'albumine dans les urines.

Entrée à la salle de travail le 29 novembre 1898 à 7 h. 30 du soir.

Cette femme a eu ce même jour à 4 heures du soir une hémorragie abondante, suivie de douleurs vives et persistantes.

A son entrée on trouve un utérus en rétroversion ; le col, granuleux, est entr'ouvert ; une masse s'y engage. A 11 h. 15 expulsion d'un caillot qui pèse 105 grammes.

Le 30 novembre à 8 heures du matin, la femme a une syncope durant trois à quatre minutes. On lui fait respirer de l'éther et en même temps on pratique une injection de sérum artificiel. Pouls 68 ; température 36°.

A 9 h. 10, le même jour : nausées, bourdonnements d'oreilles ; le pouls est à 60, petit, mais régulier. Injection de caféine (avec seringue de Pravaz) ; injection d'éther.

A 10 h. 5, M. le Dr Lepage sent une partie du placenta engagé dans le col, qui est largement ouvert. Il en enlève avec le doigt une grande partie. L'extraction est terminée à l'aide de la curette.

Injection intra-utérine au permanganate (2 litres); tamponnement à la gaze iodoformée.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Dr Lepage. — Maternité de la Pitié).

Avortement de quatre mois environ. — Extraction manuelle du placenta. — Glycosurie.

X..., 22 ans, couturière.

Antécédents personnels. — Pas de maladies graves antérieurement.

Réglée à 12 ans ; règles de cinq à six jours, douloureuses.

II-pare : il y a deux ans a fait une fausse couche de 3 mois.

Dernières règles du 23 au 30 août 1900.

Pas d'albumine dans les urines, mais abondante quantité de sucre au moment de l'entrée.

Depuis un mois cette femme a perdu du sang tous les jours : pertes rouges ou rosées.

Entre le 12 janvier 1901 à 3 heures du matin.

La veille au soir vers 9 h. 1/2, elle fut prise de coliques assez peu violentes pendant une demi-heure, puis expulsa brusquement un fœtus gros comme le poing. Elle perdit ensuite beaucoup de sang et eut une légère syncope. Un médecin, appelé, fit une injection de sérum artificiel.

A son entrée, on l'examine et on trouve dans le vagin quatre mèches de gaze qui ont servi au tamponnement. La femme perd encore un peu de sang, on lui fait une injection vaginale chaude, l'hémorragie s'arrête.

On constate que la délivrance n'est pas faite : un bout de cordon long de 6 centimètres environ pend à la vulve. Par le

toucher on sent que l'orifice du col est refermé ; le doigt ne peut y pénétrer.

La femme a le visage pâle, les muqueuses décolorées, elle a des nausées et perd connaissance pendant deux minutes environ ; elle présente en même temps quelques mouvements convulsifs légers dans les bras et dans les jambes, durant un quart de minute environ.

Pouls à 114, assez fort.

Température 36°2.

Piqûre de caféine, injection de sérum artificiel.

De 3 h. 1/2 à 4 h. 1/2 du matin la femme a eu plusieurs syncopes, moins prolongées que la première et ne s'accompagnant pas comme celle-ci de mouvements convulsifs. La femme d'ailleurs revient rapidement à elle sous l'influence des inhalations d'éther. Elle ne perd pas de sang.

Le 12 janvier à 8 h. 1/2 du matin, la sage-femme en chef, Mme Chineau, touche la malade, elle trouve beaucoup de caillots dans le vagin ; l'orifice du col est dilaté comme une pièce de 2 francs. Le placenta est engagé dans l'orifice et fait une légère saillie.

Mme Chineau introduit deux doigts dans le col, en passant au dessus du placenta, tandis que sa main libre fait de l'expression sur le fond de l'utérus. Le placenta est bientôt expulsé, brusquement comme un noyau de cerise. Il pèse 140 grammes, paraît normal.

Injection intra-utérine.

Température 37°2.

La femme sort le 22 janvier, bien portante.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Dr Lepage. Maternité de la Pitié).

Avortement de 2 mois 1/2. — Œuf clair.

X..., 35 ans, matelassière.

Antécédents personnels. — Variole.

Réglée à 15 ans, règles durant quatre à cinq jours, régulières, douloureuses depuis deux ans.

IX-pare ; en 1901 avortement de 4 mois 1/2 ; serait tombée dans les escaliers (?).

Dernières règles derniers jours de novembre 1901.

Derniers rapports le 12 février au matin.

Entrée à la salle de travail le 13 février 1902 à 2 h. 45 du matin.

Cette femme ressentait depuis huit jours environ quelques douleurs abdominales et perdait un peu de sang depuis le 10 février.

Le 12 février elle se présente à la consultation de chirurgie où on lui dit qu'elle n'est probablement pas enceinte et où on lui conseille le repos.

A son arrivée, elle raconte qu'elle a commencé à perdre du sang plus abondamment le 12 février à 7 heures du soir. L'hémorragie a rapidement augmenté ; la femme a eu trois syncopes successives. C'est alors qu'un médecin, appelé, lui a conseillé d'entrer à l'hôpital.

A son entrée, cette femme est pâle, a les yeux hagards, la voix faible ; elle répond à peine aux questions qui lui sont

posées. On prend son pouls qui est lent (le nombre des pulsations n'est pas noté).

La femme est aussitôt placée sur un lit, la tête basse. Le visage ne tarde pas à se recolorer et le pouls devient mieux frappé. On fait une injection vaginale chaude.

A l'examen des organes génitaux, on trouve un utérus globuleux, dur, du volume du poing environ ; le col est dur, légèrement entr'ouvert.

L'hémorragie s'est arrêtée à l'entrée dans la salle de travail.

Le matin à 7 heures 1/2, la femme expulse en bloc un œuf et la caduque.

Température à l'arrivée : 37°2.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Dr Lepage. Maternité de la Pitié).

Avortement de 2 mois environ. — Premier temps fait en ville, deuxième temps à la Pitié.

X..., 28 ans, couturière.

Antécédents personnels. — Rougeole à 12 ans.

Menstrues irrégulières : ne voit que tous les deux mois environ, pendant huit à dix jours chaque fois.

II-pare, première grossesse le 15 mars 1903 : fille à terme, bien portante, nourrie au sein maternel.

Dernières règles du 6 au 8 juin 1905.

Entrée le 6 novembre 1905 à minuit à la suite d'une perte de sang assez abondante ayant débuté à 8 heures le soir même. La veille la femme avait déjà perdu quelques caillots à

9 heures du soir. Le début de ces pertes date exactement du 1er septembre. La femme avait eu de légères hémorragies pendant les quinze premiers jours.

Le facies est pâle ; le pouls est à 75 ; la température est de 36° 8.

Pas de douleurs ni de contractions.

A 3 heures du matin, la femme a une syncope ; au même moment elle expulse un autre caillot.

Au palper, l'utérus est augmenté de volume et dévié à droite.

Au toucher, le col est perméable et laisse facilement passer deux doigts.

7 octobre. — A 11 heures du matin, expulsion du placenta.

Injection intra-utérine.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Dr Lepage. Maternité de la Pitié).

Avortement de 5 mois. — Délivrance artificielle.

X..., 25 ans, sans profession.

Antécédents personnels. — Coqueluche, rougeole, oreillons, scarlatine.

Réglée à 17 ans ; menstrues régulières.

III-pare Premier accouchement en janvier 1901, à terme, garçon vivant ; avortement en août 1902, à 4 mois 1/2.

Dernières règles du 26 au 29 octobre 1904.

Entrée à la Pitié le 29 mars 1905.

Pendant la grossesse, au début, vomissements fréquents; à 3 mois écoulement d'un liquide verdâtre faisant diagnostiquer à une sage-femme la mort du fœtus.

Pertes sanguines continuelles.

Organes sains.

Pas d'albumine.

14 mars 1905. — Cette femme est venue à la consultation où on entend nettement les bruits du cœur. Elle entre le même jour dans le service du Dr Dalché pour s'y reposer. Continue à perdre du sang tous les jours, mais peu abondamment. Vient consulter dans le service à deux reprises, les 18 et 23 mars. La deuxième fois, examen au spéculum dans lequel on constate un suintement sanguin de l'orifice du col, qui n'est pas entr'ouvert.

29 mars. — Elle a perdu abondamment la nuit précédente; se plaint de douleurs abdominales et rénales. On la reçoit dans le service ; on perçoit toujours les bruits du cœur. Hauteur de l'utérus : 17 centimètres.

Depuis son entrée dans le service, la malade souffrait beaucoup, surtout la nuit (douleurs survenant toutes les heures environ) ; de plus elle perdait une assez grande quantité de sang, couleur rouge brun.

9 avril. — Au matin, la poche des eaux se rompt (on le suppose du moins, car il s'écoule une assez grande quantité d'eau).

Dans la nuit du 9 au 10 avril, la femme commence à sentir des douleurs violentes et répétées qui persistent jusqu'au lendemain matin, puis se calment pour reprendre le 10 à 5 heures du soir. La malade est alors transportée à la

salle de travail ; elle perd toujours un peu de liquide rouge brun.

L'auscultation qui avait permis d'entendre les jours précédents les bruits du cœur fœtal est négative dans la journée du 10.

A l'entrée dans la salle de travail, les contractions utérines sont presque continues, très douloureuses ; l'utérus mesure 17 centimètres ; la température est de 36°7 ; le pouls à 60. La dilatation est de 50 centimes.

Vers 7 heures, les contractions sont moins fréquentes, mais plus douloureuses ; la dilatation est de 2 francs ; à 8 heures, la dilatation est de 5 francs ; le toucher permet à la sage-femme de garde d'aborder directement le siège ; le sillon interfessier est dans le diamètre oblique gauche.

A 8 heures 3/4, les contractions étant devenues plus douloureuses, la femme se met à pousser et accouche d'un fœtus vivant du sexe féminin. Pas d'hémorragie. Le fœtus respire cinq minutes environ.

La température de la femme est de 36° ; le pouls à 104.

Une heure après l'expulsion du fœtus, la sage-femme de garde essaye de faire la délivrance par expression ; elle n'y peut réussir ; elle pratique le toucher vaginal et s'aperçoit que le col utérin est complètement rétracté.

On fait une injection intra-utérine de 8 litres d'eau stérilisée ; quelques débris placentaires sont seuls expulsés. La femme commence à perdre ; on fait de quart d'heure en quart d'heure un grand nombre d'injections vaginales chaudes, mais l'hémorragie persiste. A 11 h. 1/2, le pouls est à 112 ; à minuit à 128 ; à ce moment la femme se plaint de violentes douleurs et l'hémorragie devient plus abondante. Subitement, alors que le pouls

était encore à 128, il fléchit brusquement, devient petit et ne bat plus qu'à 54.

La sage-femme de garde se décide alors à pratiquer le curage digital pour extraire le placenta. Elle constate que celui-ci est en partie engagé dans le col utérin qui est encore en partie rétracté. Pendant l'opération, le pouls se relève peu à peu à 92, puis monte jusqu'à 112. A 1 h. 1/2 du matin l'externe de garde parvient à extraire la plus grande partie de placenta. L'utérus revient bien sur lui-même et paraît complètement vide.

Injection intra-utérine de 8 litres ; le liquide ressort absolument clair. Le pouls très bien frappé est compté à 104.

M. le Dr Lepage, le lendemain matin, attire l'attention des élèves sur les variations brusques du pouls de cette femme et dit qu'il ne fallait pas s'inquiéter de ces symptômes qui coïncident avec le passage du placenta à travers le col et que probablement on eût pu sans inconvénient s'abstenir de toute intervention.

OBSERVATION X

(Service de M. le professeur Pinard).

Avortement de 3 mois. — Utérus en rétroversion.

X..., 36 ans, ménagère.

Antécédents personnels. — Varioloïde à 1 an ; rougeole à 12 ans.

Réglée à 13 ans.

II-pare : premier accouchement en avril 1903 ; enfant né à terme, nourri au sein maternel.

Dernières règles du 25 au 29 novembre 1904.

Entrée le 10 mars 1905.

Cette femme dit avoir eu pendant sa grossesse des étouffements et des vomissements bilieux.

En janvier 1905, perte de sang qui a duré quinze jours.

Le 14 février, nouvelle perte plus abondante (caillots et sang liquide) qui n'a pas cessé jusqu'à son entrée à la clinique Baudelocque le 10 mars.

Le docteur consulté en ville avait conseillé des injections chaudes plusieurs fois par jour.

Examen de la sage-femme en chef, Mlle Roze :

Utérus en rétroversion; col entr'ouvert, derrière la symphyse pubienne, regardant en haut ; dans le cul-de-sac latéral droit, petit fibrôme de la grosseur d'une noix. L'utérus est irréductible et semble retenu en arrière par de fortes adhérences.

Le 4 mars, à 3 heures du matin, apparition des premières contractions utérines douloureuses, écoulement sanguin par la vulve.

A 5 heures du matin, expulsion spontanée d'un embryon pesant 40 grammes. Pouls à 88 ; température 38°4.

Jusqu'à 6 heures, la femme expulse plusieurs caillots et il se produit un léger écoulement sanguin par la vulve. Pouls à 96, la femme a des nausées, quelques étouffements, un malaise général, Mlle Roze, prévenue, examine la femme et constate que le placenta est adhérent à la face postérieure de l'utérus ; elle fait la délivrance artificielle et retire un placenta du poids de 50 grammes.

Injection intra-utérine à 50 degrés.

La femme ne perd plus ; toutefois elle a 104 pulsations et des

tendances syncopales. On lui fait une injection de 500 grammes de sérum artificiel.

Suites normales.

OBSERVATION XI

(Service de M. le Dr Lepage. Maternité de la Pitié).

Avortement de 5 mois 1/2. — Insertion basse. — Enfant mort.

X..., 27 ans, confectionneuse.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 8 ans.

Réglée à 12 ans, toujours bien réglée.

II-pare, premier accouchement, spontané, à terme en 1896 : garçon vivant, nourri au sein maternel pendant huit jours, puis au biberon par sa mère.

Dernières règles du 6 au 12 mai 1905.

Entrée à la salle de travail le 9 novembre à 4 heures du matin ; elle était en observation dans le dortoir depuis huit jours.

Hémorragie à répétition depuis le 1er septembre 1905 à 10 heures du matin.

Pas d'albumine dans les urines.

Organes sains ; bassin normal.

Auscultation négative.

Venue à la consultation le 2 septembre 1905, enceinte de quatre mois environ, ayant eu la veille à 10 heures du matin une hémorragie assez abondante. Au palper, on constata un fœtus mobile et à l'auscultation on perçut les bruits du cœur,

Au toucher le col était fermé, avait toute sa longueur, on conseilla à la femme de prendre des injections chaudes et de rester couchée, ce qu'elle fit jusqu'au 1er novembre, époque à laquelle, ayant toujours des hémorragies, elle entre à la Pitié où on la garde en observation.

Le 1er novembre, température rectale 37°2 ; pouls à 100.

Les hémorragies se reproduisent tous les jours, mais pas très abondantes ; la température rectale varie toujours de 37° degrés à 37°4 et le pouls marque de 96 à 100.

Le 9 novembre à 4 heures du matin, la femme a des contractions utérines douloureuses assez fortes ; on la transporte à la salle de travail ; avec le toucher, on constate un col en voie d'effacement. L'auscultation est nulle.

A 7 heures du matin, la sage-femme de garde constate une dilatation de 2 francs ; elle fait faire une injection vaginale chaude.

A 8 h. 30 du matin, la femme ayant une petite hémorragie, la sage-femme tente, mais en vain, de rompre les membranes qui sont très résistantes.

A 9 h. 30, M. le Dr Lepage rompt largement les membranes ; l'hémorragie cesse immédiatement. A ce moment le facies de la femme est pâle, mais le pouls est bien frappé et ne dépasse pas 100 pulsations.

A 10 heures du matin, la parturiente se met à pousser et à 10 h. 25 expulse spontanément un enfant mort du poids de 1050 grammes. Pouls à 100.

A 10 h. 35, expulsion spontanée du placenta du poids de 420 grammes, présentant quelques noyaux hémorragiques.

Mensuration des membranes : 15/0.

Durée totale du travail ; six heures vingt-cinq minutes.

Quantité de sang perdue avant l'expulsion, assez abondante.

Quantité de sang perdue depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance, nulle.

OBSERVATION XII

(Service de M. le professeur Pinard).

Avortement de 2 mois, fait en un temps.

X..., 20 ans ; femme de chambre.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Réglée à 12 ans.

I-pare.

Dernières règles du 15 au 20 janvier 1905.

Entrée le 5 avril 1905 à midi.

Le 4 avril, à 8 h. 30 du matin, cette femme a eu une perte sanguine légère ; toute la nuit qui a suivi, elle a éprouvé des douleurs et perdu des caillots assez abondants ; elle a failli plusieurs fois s'évanouir.

Le 5 avril à 8 h. 30 du matin, M. le Dr Sauvage, appelé, conseille le transport immédiat de cette femme à la clinique Baudelocque où elle entre à midi.

Pouls à 76.

Température : 37°4.

Léger écoulement sanguin ; l'œuf est engagé dans le col.

Expulsion le 6 avril à 11 heures du matin.

OBSERVATION XIII

(Due à mon père, le Dr Séjournet de Revin).

Accouchement prématuré. — Placenta prævia. — Hémorragies modérées. — Etat syncopal.

Le 27 novembre 1905, à 6 heures du matin, j'étais appelé auprès d'une jeune femme de 18 ans 1/2, Mme V..., habituellement bien portante, pour un accouchement prématuré.

Enceinte de 7 mois, elle avait perdu des eaux en abondance, dans la soirée du 4 novembre et un peu de sang les jours suivants, sans éprouver aucune douleur; elle avait conservé l'appétit et mangeait comme d'habitude.

Le 6 novembre, vers 11 heures du soir, elle sentit les premières douleurs et eut, étant levée, une lipothymie ; elle était pâle, défaillante, ne voyait plus, n'entendait plus et allait totalement perdre connaissance. On la remit au lit et elle revint à elle.

La sage-femme fut appelée, constata que Mme V... perdait du sang et que le col commençait à se dilater. Par son ouverture, elle toucha un corps charnu, mollasse, qu'elle pensa être le placenta.

Vers 2 heures du matin, la parturiente eut une nouvelle lipothymie en voulant se lever. Chaque fois qu'elle tentait de se lever ou de s'asseoir, elle éprouvait ce qu'elle appelait des faiblesses ; elle avait des tintements d'oreille, des vertiges et se sentait défaillir ; on n'avait que le temps de l'étendre sur son lit.

De temps à autre, elle était prise de nausées et parfois disait avoir faim et demandait à manger.

Les douleurs préparantes revenaient à d'assez longs intervalles et ce n'est que lorsque la dilatation lui parut suffisante que la sage-femme me fit appeler.

La jeune femme avait perdu depuis 11 heures du soir environ un grand verre de sang.

Je la trouvai couchée à plat, très pâle, souffrant du ventre à la pression, ayant des douleurs régulières mais modérées, avec un pouls lent et hésitant à 60. Le cœur battait mollement et la parturiente était très affaissée. Je voulus la faire asseoir, mais elle manqua défaillir, dit qu'elle n'y voyait plus et que tout tournait autour d'elle. Je la remis à plat aussitôt.

Cependant elle était bien constituée, n'avait pas de lésions cardiaques et avait relativement peu perdu de sang.

Au palper, je trouvai le fond de l'utérus à deux ou trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et à travers la paroi abdominale je perçus deux pôles fœtaux situés transversalement.

Le col était dilaté, mou, facilement extensible, obturé par un corps charnu, saignant, qui était le placenta.

Je me mis en devoir pour en finir avec cette complication de placenta prævia, de pratiquer la version podalique et après avoir largement rompu les membranes j'atteignis les pieds du côté droit.

La version fut rapidement menée à bonne fin et j'amenai un enfant vivant.

Après cette intervention, Mme V... reprit bonne mine ; son pouls plus ample et mieux marqué remonta à 72.

La sage-femme que j'interrogeai au sujet de semblables cas

qu'elle avait dû observer dans sa pratique, me dit avoir remarqué que les syncopes sont d'autant plus faciles et fréquentes, même sans hémorragie notable, dans les avortements ; que ceux-ci sont plus précoces, c'est-à-dire plus rapprochés de l'époque de la conception, et aussi que souvent les femmes, tout en se plaignant d'avoir mal au cœur, disent avoir faim et demandent à manger.

OBSERVATION XIV

(M. le professeur Pinard).

(*In Bulletin médical* de 1896, p. 317. *Leçon sur les hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et leur traitement*).

X..., 27 ans, ménagère.

Entrée le 6 janvier 1896 à la clinique Baudelocque.

II-pare.

Dernières règles du 22 au 25 juillet 1895.

Première hémorragie le 15 novembre ; elle dure trois ou quatre jours ; la femme continue néanmoins à travailler : elle prend des injections chaudes et l'hémorragie finit par s'arrêter.

Le 6 janvier à 3 heures 1/2 du matin, nouvelle hémorragie à début brusque et abondante ; un médecin, appelé, pratique le tamponnement vaginal : l'hémorragie s'arrête durant une demi-heure puis, le sang filtrant à travers le tampon, la femme est envoyée à la clinique Baudelocque où elle arrive à 6 heures 1/2 du matin.

A son entrée, le tampon est retiré et on fait à la femme une

injection vaginale chaude prolongée. L'hémorragie s'arrête.

Il s'agit d'une présentation du siège en D. T. ; on fait le diagnostic de fœtus mort.

Malgré l'hémorragie, l'état général est resté bon et le pouls bat à 80 ; la température est à 37°2 ; le facies est coloré, la femme a des contractions utérines rares et peu intenses.

A 1 heure de l'après-midi, réapparition d'un écoulement sanguin peu considérable qui cède à une injection chaude, mais se reproduit au bout d'une heure. La sage-femme en chef, Mlle Roze, informée, introduit la main dans le vagin, perçoit une partie du plancher décollé, engagé dans le col. Les membranes sont largement rompues, avec difficultés, à cause de leur grande flaccidité, puis un ballon Champetier incomplètement distendu (400 grammes de liquide) est introduit.

A ce moment le pouls est à 120 ; l'hémorragie est complètement arrêtée ; mais bientôt la femme pâlit et est dans un état syncopal. On la ranime à l'aide de boissons alcoolisées et le pouls, quoique faible, redescend vite à 96 pulsations. On juge utile de faire des injections de sérum salin.

A 2 h. 1/2 du matin, on retire 20 grammes de liquide du ballon ; les contractions utérines deviennent fréquentes et énergiques.

A 4 h. 20, pouls à 76 ; dilatation complète ; extraction du ballon.

A 4 h. 30, extraction du fœtus qui se présente par le siège ; l'enfant est mort ; il pèse 1.260 grammes.

Délivrance artificielle et injection intra-utérine prolongée.

Suites normales.

OBSERVATION XV

(Service de M. le Dr Lepage. Maternité de la Pitié).

Cette observation est en quelque sorte la contre-partie des observations précédentes ; lire le chapitre de la pathogénie auquel elle se rapporte.

Avortement de trois mois environ fait en deux temps. — Placenta adhérent.

X..., 38 ans, ménagère.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 5 ans ; rougeole à 4 ans.

Réglée à 15 ans, menstrues irrégulières.

V-pare; 4 enfants vivants.

Dernières règles du 13 au 20 septembre 1905.

Entrée dans le service le 2 décembre 1905.

Organes sains ; bassin normal.

Cette femme, en arrivant se plaint de douleurs et de pertes sanguines qui durent depuis six jours et augmentent chaque jour.

Hier, 3 décembre, les douleurs ont augmenté.

Le 4 décembre à 4 heures de l'après-midi, expulsion spontanée d'un embryon mesurant 17 centimètres. La femme perd un peu de sang; pas de douleurs.

A 5 heures du soir, on donne à la malade 50 centigrammes, de sulfate de quinine qui n'amènent aucune contraction.

Dans la nuit, petite hémorragie et expulsion de quelques caillots, on ne trouve dans ces caillots aucun débris placentaire.

M. le Dr Lepage examine la malade le 5 décembre au matin et constate que l'utérus est encore gros.

A 3 heures du soir, le même jour, la femme n'ayant rien expulsé, l'interne de service fait un curettage sous chloroforme. Il retire ainsi de l'utérus quelques petits caillots, mais aucun débris placentaire.

6 décembre. — Bon état, pas de perte de sang.

7 décembre. — L'interne du service retire le tampon utérin placé après le curettage et trouve derrière des caillots accumulés. Tamponnement vaginal.

8 décembre. — Un peu de sang continue à suinter à la vulve, filtrant au travers du tamponnement. Le soir à 7 heures, la femme a une perte sanguine abondante ; injections vaginales chaudes qui arrêtent l'hémorragie ; mais un peu de sang continue à couler. L'interne fait le toucher intra-utérin à travers le col encore dilatable mais ne sent rien ; il fait, sous chloroforme, un nouveau curettage qui ne ramène que des caillots ; injection intra-utérine chaude : tamponnement intra-utérin serré.

9 décembre. — Le pouls est très fréquent, à 140. M. le Dr Lepage fait endormir la femme et dilate le col à l'aide des bougies de Hégar ; un curettage rapide ne ramène que quelques caillots. M. Lepage pousse alors plus loin la dilatation du col et introduit deux doigts dans l'utérus ; il sent au fond de la cavité utérine le placenta que la curette n'avait pas détaché. Le placenta est en effet très adhérent et n'est décollé que par morceaux.

L'utérus vidé, M. Lepage a retiré 50 grammes de débris

placentaires. Injection intra-utérine ; écouvillonnage à l'eau oxygénée et tamponnement.

1500 grammes de sérum artificiel.

La femme sort en bon état le 20 décembre.

CHAPITRE II

Pathogénie.

Nous verrons dans un instant que la cause de la syncope est presque toujours la même et qu'elle se rattache à un épisode pour ainsi dire physiologique de l'avortement. Mais il nous faut chercher tout d'abord si cette cause ne pourrait être rapportée, soit à la constitution générale de la femme ou à son tempérament, soit aux circonstances qui ont précédé ou accompagnent la fausse-couche.

Il n'est pas nécessaire que les femmes aient une lésion viscérale, cardiaque ou pulmonaire en particulier, pour présenter les symptômes que nous avons décrits. Dans nos observations, aucune affection organique n'est signalée ; une seule femme a de la glycosurie (obs. VI) et nous ne pensons pas que l'on puisse attribuer au diabète les phénomènes qu'elle a présentés. Nous pouvons donc déclarer qu'il n'y a pas de relation entre l'état constitutionnel de la femme et les signes de la forme syncopale.

Pour le Dr Delestre, « il s'agit le plus souvent de femmes nerveuses, impressionnables, parfois anémiées par des hémorragies antérieures ». Ce serait pour la première catégorie une question de tempérament, et il est possible en effet qu'une femme impressionnable ait des syncopes à la vue du sang ou parce que la fausse couche est pour elle une contrariété, parce qu'elle en connaît et en redoute les complications. Mais en réalité, il y a ici autre chose que cela, ce qu'indique par exemple la cessation brusque des phénomènes, dans certaines observations, aussitôt après que la femme est délivrée.

Quant à l'anémie consécutive à une perte abondante ou à des pertes répétées, elle accroît sans doute la susceptibilité de la femme, elle aide peut-être à la mise en jeu des réflexes vaso-moteurs ou autres, mais elle n'est encore qu'une cause prédisposante.

La douleur peut-elle être l'agent provocateur de phénomènes syncopaux dans l'avortement ? Dans les faits que nous relatons, il n'est guère possible de trouver une relation de cause à effet entre la douleur et la syncope ; la plupart du temps, la femme ne souffre pas au moment où elle perd connaissance D'ailleurs si c'est une excitation périphérique qui amène l'arrêt ou des troubles de la circulation, elle peut produire ce résultat sans forcément s'accompagner de douleur. « Un animal ou l'homme, dit François Frank (1), soumis à des excitations péri-

1. François Franck. *Gazette hebdomadaire*, 1876.

phériques douloureuses, peut présenter des troubles cardiaques indiqués pour deux raisons qui sont réunies et concourent au même résultat chez un sujet normal : d'abord la transmission centripète pure et simple le long du nerf sensible et des conducteurs centraux (subst. grise, etc.) ; ensuite la douleur *perçue* qui retentit sur les centres d'arrêt du cœur en ajoutant son influence à la première. Supprimez l'une de ces causes, la *perception cérébrale*, l'effet se produira encore (chez les animaux sans hémisphères), ce sera un réflexe ordinaire, rien de plus. »

Nous avons anticipé en parlant d'excitation périphérique et de réflexes. Ce sont ces notions en effet que nous allons essayer de développer, en les appliquant à l'utérus de la femme qui avorte et aux symptômes que nous avons décrits et que nous considérons, après notre maître, M. le Dr Lepage, comme des phénomènes réflexes dus à la distension du canal cervical et en particulier de son orifice interne, par les annexes du fœtus.

Nous ne voyons pas ici, en effet, comme dans l'accouchement à terme, le fœtus préparer la voie pour le passage ultérieur du délivre ; il est encore trop petit et trop malléable pour façonner les parois du col de façon que le placenta qui ne présente pas les mêmes caractères physiques, puisse franchir le canal cervical sans éprouver de résistance. Mauriceau disait déjà : « La nature ne peut se délivrer de l'arrière-faix parce que le corps des avortons étant très petit et mollasse, comme il arrive ordinairement en ces

sortes de fausses-couches et n'ayant pas fait d'ouverture de la matrice qu'à proportion de sa petitesse, cette ouverture ne répond pas à la grosseur plus considérable de l'arrière-faix. » Et cela tient à ce qu'au début de la grossesse, le col utérin n'a subi qu'un commencement de ramollissement, localisé à une petite portion du museau de tanche.

Nous avons vu au chapitre des symptômes que les lipothymies, les défaillances, les syncopes, semblaient débuter à l'instant où le placenta tente de forcer l'orifice interne du col et que souvent ces accidents duraient ou se répétaient tout le temps que dure le travail de la délivrance, pour cesser immédiatement après. Il n'est pas toujours possible, comme dans certaines de nos observations où elle apparaît nettement, de se rendre un compte exact de cette coïncidence du début, au moins par le toucher ; mais il est toujours facile de suivre le parallélisme de ces deux ordres de faits : cheminement lent du placenta à travers le col et phénomènes syncopaux.

Notre observation XII est intéressante parce qu'elle est la contre-partie des précédentes ; nous y voyons en effet que le placenta étant resté complètement adhérent au fond de l'utérus et le col par conséquent n'ayant subi aucune tentative d'effraction, la femme n'a présenté aucune défaillance, bien qu'ayant perdu beaucoup de sang. *Sublata causa, tollitur effectas.*

Nous sommes donc en présence d'une action réflexe dont le col de l'utérus est le point de départ et nous

allons essayer d'indiquer par les données anatomiques et physiologiques quelle est la marche de ce réflexe.

Nous nous appuierons sur l'étude qui a été faite de phénomènes tout à fait comparables, lesquels se produisent quelquefois pendant les tentatives criminelles d'avortement. Le Dr Belin (1), dans sa thèse, relate six observations (2) de femmes qui ont eu des symptômes semblables à ceux que nous avons décrits et qu'il attribue à la distension brusque du canal cervical au liquide de l'injection qui a servi à provoquer l'avortement, ou à la canule elle-même ; celle-ci étant poussée vigoureusement, « le canal cervical, dit-il, pourra être très brusquement dilaté ; cette violence retentira sur toute la longueur du col et particulièrement sur son orifice interne ; or nous savons que le col et surtout cette dernière partie reçoivent des filets nerveux que le professeur Richet a pu suivre. Il est donc permis de supposer avec notre maître, le professeur Ollive, que ces conditions peuvent favoriser la syncope ». L'une des victimes de la fille Thomas, l'avorteuse (obs. II du Dr Belin), a éprouvé quelques minutes après la seconde injection, « des étourdissements, une grande faiblesse et elle a cru qu'elle allait s'évanouir. Aussitôt après l'injection elle avait quitté la fille Thomas pour regagner son domicile ; mais dans la rue elle s'est trouvée si mal à

1. Belin. Thèse de Paris, 1897-1898.

2. Vibert. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1893.

l'aise qu'elle a été obligée de prendre un fiacre. Son malaise, auquel s'étaient ajoutées quelques coliques, persista toute la journée et fut assez fort pour qu'on allât chercher un médecin ».

Pour le Dr Belin, il s'agit là de phénomènes réflexes qui ont leur source dans le col de l'utérus. Dans nos cas ils ne se produisent pas d'une façon aussi brutale ; ils sont d'ailleurs plus variés ; les conditions de leur genèse étant différentes, mais au point de vue anatomique, il nous paraît tout à fait légitime de les classer dans la même catégorie et de leur attribuer le même processus.

Normalement la partie intra-vaginale du col utérin, le museau de tanche, est fort peu sensible ; l'orifice interne, au contraire, reçoit toujours des filets nerveux et le professeur Richet, qui a étudié d'une façon spéciale l'innervation de l'utérus, a pu même les suivre jusque vers le milieu de la hauteur du col ; « ce sera donc souvent de cette partie de l'organe que proviendra l'irritation » (Belin).

Comment se propage-t-elle et où aboutit-elle ? L'utérus reçoit des filets nerveux provenant de la portion lombaire et sacrée du grand sympathique et des troisième et quatrième nerfs du plexus sacré ; mais ces nerfs n'abordent pas directement l'utérus ; ils contribuent, avant de l'atteindre, à la formation de trois plexus : le plexus hypogastrique, le plexus lombo-aortique et le plexus ovarique. Le premier reçoit des anostomoses du plexus mésentérique avec lequel également se continue le plexus lombo-aorti-

que ; le plexus ovarique reçoit de nombreux filets du plexus solaire et du plexus rénal. Ajoutons que le plexus mésentérique est en relation avec un ganglion situé à la racine de l'artère mésentérique inférieure, le ganglion mésentérique inférieur, lequel s'anastomose en dehors avec le deuxième ganglion lombaire et a été considéré par Frankenhaüser comme le principal centre des mouvements de l'utérus. Il faut remarquer en outre que « plexus solaire, plexus lombo-aortique, plexus hypogastrique ne sont pas aussi distincts sur le sujet que dans les descriptions. Ils forment comme le tronc nerveux dont ils émanent, un grand tout, divisé seulement pour la commodité de l'étude. » (Testut).

« Il résulte de là, dit Belin, que l'utérus est lié sympathiquement à un grand nombre d'organes ; aussi, après son excitation peut-on voir apparaître des phénomènes réflexes très variés. »

Comme le dit dans sa thèse le Dr Bonvalot (1), cité par Belin, « la sensation partie de l'utérus peut avoir comme résultat soit des phénomènes d'excitation, soit au contraire des phénomènes d'inhibition. Il y a phénomènes d'excitation lorsque la sensation transmise par les nerfs centripètes partant de l'utérus est peu intense et ne dépasse pas l'un des centres moteurs de l'organe ; il y a phénomènes d'inhibition lorsque l'excitation ayant pour point de départ

1. Bonvalot. Thèse de Paris, 1891-1892.

l'utérus est suffisamment vive pour se propager au delà.

Dans le premier cas, l'un des centres moteurs, soit lombaire, soit mésentérique, recevant une impression convenable, réagira à la façon de tous les centres moteurs, c'est-à-dire en provoquant une contraction musculaire, dans le cas présent une contraction utérine. Si l'impression, douloureuse ou non, a dépassé ces centres, le même réflexe moteur pourra encore se produire sur d'autres organes... Enfin, dans les circonstances physiologiques particulières, l'excitation provenant de l'utérus, pourra donner lieu à des phénomènes réflexes inhibitoires.

Contractions utérines, nausées, vomissements, céphalalgie, vertiges, pâleur et refroidissement, syncope, tels sont les principaux symptômes que l'on peut observer à la suite d'excitation de l'utérus. »

Supposons que l'impression partie de l'utérus s'engage dans le plexus solaire, et dans les nerfs splanchniques, elle pourra en effet produire un réflexe vaso-moteur : ce sera par exemple une vaso-dilatation abdominale intense et cela « amènera une déviation importante et un ralentissement du courant sanguin, d'où pâleur et refroidissement cutané ; les vaso-moteurs des membres et des téguments pourraient d'ailleurs être excités de façon à augmenter ces effets... Dans le cas de syncope, l'impression partie de l'utérus est transmise par la moelle jusqu'au bulbe ; on a le plus souvent une syncope cardiaque » (Belin).

On en rencontre de fréquents exemples en pathologie ; c'est ainsi que des ulcérations du col provoquent parfois des palpitations, de l'essoufflement. Mlle Roussel (1), dans sa thèse inaugurale, a rassemblé beaucoup d'observations de ce genre et a divisé en plusieurs catégories les accidents cardiaques qui peuvent se produire ; l'un de ces types, le type syncopal, renferme tous les degrés de la défaillance cardiaque, depuis la lipothymie jusqu'à la syncope complète.

« Il est possible encore, dit Belin, que l'impression partie de l'utérus agisse sur le pneumogastrique par l'intermédiaire du plexus abdominal ; l'on ne peut rejeter tout à fait cette idée, connaissant les expériences de Brown-Séquard qui parvient à provoquer l'arrêt du cœur par l'écrasement du ganglion semi-lunaire et en se rappelant les rapports intimes des différents plexus de l'abdomen. »

Ces documents nous paraissent éclairer suffisamment l'esprit sur ce qui se passe dans l'avortement à forme syncopale : nous sommes là en présence de phénomènes réflexes mis en branle par la lutte qu'exerce le délivre contre l'orifice interne du col au moment où il tente de forcer la passe. Il n'est pas nécessaire d'ailleurs que le placenta soit volumineux pour que le réflexe se produise ; on observe même plus souvent la forme syncopale dans les avortements des trois premiers mois. Enfin nous avons

---

1. Mlle Roussel. Thèse de Paris, 1890.

vu qu'elle pouvait exister aussi dans le cas d'expulsion en bloc et même dans le cas d'œuf clair (obs. IV).

Dans l'accouchement prématuré, nous savons que le col n'arrive que rarement à une dilatation complète et quand il y a forme syncopale, on peut en interpréter les symptômes de la même façon, le col n'étant pas suffisamment préparé par le passage du fœtus pour laisser passer ensuite l'arrière-faix sans résistance. Quand il y a placenta prævia (comme dans notre observation X où les défaillances, les modifications du pouls se sont montrées tout le temps du travail) on peut encore faire intervenir le rôle de corps étranger que joue le placenta en partie décollé et l'irritation incessante qui en résulte pour le col incomplètement dilaté.

CHAPITRE III

Pronostic et indications thérapeutiques.

Ce chapitre sera bref, car nous avons vu amplement déjà que les symptômes de la forme syncopale sont dépourvus de gravité. Mais il est utile pour le praticien d'avoir présents à la mémoire les faits du genre de ceux que nous avons décrits afin que, dans des circonstances analogues, il sache à quoi s'en tenir et ne perde pas la tête.

C'est dans cet esprit que le professeur Pinard a créé une forme syncopale de l'avortement, afin de prévenir les accoucheurs contre une intervention trop hâtive et inopportune. Les choses se passent toujours bien et s'il n'y pas d'hémorragie vraiment abondante, tandis que le placenta achève de se décoller, il faut laisser la délivrance se faire d'elle-même. Néanmoins si elle traîne en longueur, si la femme s'inquiète, si son entourage surtout presse le médecin d'en finir, il pourra achever la délivrance par l'extraction manuelle, suivie d'un curage digital immédiat s'il y a lieu.

La seule indication urgente est l'hémorragie profuse. Pour y répondre, nous ne pouvons mieux faire que de citer les paroles du professeur Pinard (1) à propos des hémorragies par insertion vicieuse du placenta : « Quel que soit l'âge de la grossesse, que la femme soit en travail ou non, étant donné un cas pareil, de deux choses l'une : ou bien le pouls est au-dessus de 100, ou bien il est au-dessous. Est-il au-dessus de 100 ? intervenez immédiatement. Attendez au contraire s'il est au-dessous. » Or nous avons vu que le pouls, dans la forme syncopale, est le plus souvent non accéléré ou même qu'il est ralenti ; et dans nos cas où il marque plus de 100 pulsations, au moment même la femme ne perd pas ou ne perd plus. Il peut enfin subir des changements brusques chez la même femme à de courts intervalles ; dans les grandes hémorragies il reste accéléré ; de plus il est mou, dépressible, bientôt filiforme, il commande enfin l'intervention. C'est un peu affaire de coup d'œil et le vieux clinicien ne s'y laisse pas tromper.

C'est la méconnaissance de ces faits qui a été cause des succès faciles du tamponnement dans les hémorragies de l'avortement. On croit à un danger immédiat parce que la femme a des syncopes que l'on attribue à une perte de sang et pour y parer on s'imagine que le tamponnement est l'obstacle le plus efficace parce qu'il paraît le plus à portée de la

1. Professeur Pinard. « Leçon sur les hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement », *in Bulletin médical*, 1896.

main. Or c'est bien là une intervention inopportune, car on peut lui reprocher, avec le professeur Pinard, d'être douloureux, inefficace, et habituellement fort mal pratiqué surtout en dehors des services d'accouchement ; enfin il gêne l'évacuation des réservoirs vésical et rectal et il peut produire du côté du vagin des plaies contuses qui, si elles n'infectent pas d'emblée comme autrefois, grâce aux précautions antiseptiques, créent néanmoins un danger d'infection. Mieux vaut recourir aux injections vaginales chaudes répétées et, s'il y a placenta prævia, à la rupture large des membranes, à l'introduction d'un ballon de Champetier de Ribes.

On ne s'étonnera pas, malgré ce que nous avons dit, de trouver dans la plupart de nos observations, des interventions que ne paraissait pas nécessiter l'état de la femme. C'est qu'alors il y a eu doute sur la nature véritable des accidents qu'elle a présentés. Mais nous avons aussi deux observations du docteur Lepage où les femmes ont expulsé leur placenta avant qu'aucune opération fût pratiquée et après avoir présenté pendant un temps assez long les signes de la forme syncopale. D'ailleurs les conditions dans lesquelles se trouve l'accoucheur ne lui permettent pas toujours de temporiser et dans certains milieux, quand il ne lui est pas possible, par exemple, de surveiller la parturiente ou de laisser auprès d'elle un aide de confiance, il est bien obligé d'intervenir.

Nous ajouterons que, si l'on croit devoir abandonner à elle-même la marche de l'avortement, il est

toutefois indiqué, pour calmer le malaise de la femme qui a des tendances syncopales, de lui administrer des boissons alcoolisées, de lui faire inspirer de l'éther ou même de lui pratiquer des piqûres de caféine et d'éther. On aura soin également qu'elle se tienne dans le décubitus dorsal et qu'elle ait la tête bas placée.

CONCLUSIONS

I. — M. le professeur Pinard a distingué une « forme syncopale de l'avortement », dans laquelle les femmes, ayant perdu du sang dans les jours qui précèdent l'avortement ou au moment de l'avortement, présentent, le plus souvent au moment où l'arrière-faix tente de franchir l'orifice interne du col utérin, et avec une perte de sang minime, un état général en apparence inquiétant : malaises, vertiges, défaillances, pâleur de la face, tendances à la syncope, pouls tantôt accéléré, tantôt ralenti, variations brusques dans le nombre des pulsations à de courts intervalles.

II. — Ces symptômes pourraient s'expliquer par un action réflexe partie du col de l'utérus à l'instant où le placenta essaye de vaincre la résistance que lui opposent les parois du canal cervical et, en particulier, l'orifice interne qui n'ont point encore subi le ramollissement qu'on observe à la fin de la grossesse. Les données anatomiques et physiologiques permettent de suivre la marche de ce réflexe et de se rendre compte de sa nature.

III. — Ces symptômes qui caractérisent la forme syncopale de l'avortement n'ont généralement aucun carractère de gravité ; si dans certains cas ils paraissent effrayants, il ne faut pas s'y tromper afin d'éviter l'affolement et ne pas se laisser aller à une intervention inopportune. Seuls les caractères du pouls, s'il y a hémorragie, doivent guider le praticien dans la conduite à tenir.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bazar. — De la mort subite dans les fibromes utérins, Thèse de Paris, 1894-1895.

Belin. — De la mort subite par inhibition dans l'avortement criminel. Thèse de Paris, 1897-1898.

Bonvalot. — De la mort subite ; phénomènes d'inhibition ayant pour point de départ l'utérus, étude physiologique et médico-légale. Thèse de Paris, 1891-1892.

Collet. — Thèse de Paris, 1904.

Churchill. — Traité complet des maladies des femmes, 1874.

Delestre. — De l'avortement : Collection Hutinel.

Frank (François). — Recherches sur le mécanisme des accidents cardiaques causés par les impressions douloureuses. Gaz. hebdom., 1876.

Jacquemier. — Manuel des accouchements, T. I, 1844.

Keim. — Hémorragies profuses puerpérales. Presse médicale, 1902, T. I, p. 330.

Liégeois. — Notes sur la syncope. Concours médical, 1882.

Pinard. — Des hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement. Bulletin médical, 1876.

— Leçons de clinique obstétricale.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique, 6e édit.

Roussel (Mlle). — Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus. Thèse de Paris, 1890.

Stapfer et Keiffer. — Les syncopes et les lipothymies de la grossesse et de la délivrance. Discussion à la Soc. obstétr. de France, 4e sess., Paris, 1896.

Testut. — Anatomie humaine.

Velpeau. — Traité complet de l'art de l'accouchement. Paris, 1835.

Vibert. — Médecine légale.

— Relation médico-légale de l'affaire Thomas. Annales d'hygiène publique et de médecine légale, 1898.

Imp. de la Faculté de Médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.